

SJUKLIGHET OCH DÖDLIGHET HOS EN GRUPP LÅNGTIDSUPPFÖLJDA TIDIGARE UNGDOMS- FÄNGELSELEVER OCH MÖDRARNA TILL DERAS BARN

AV DOCENT EVA JOHANSON, UMEÅ

Inledning

I en i NTFK publicerad uppsats (Johanson, 1978) har redovisats en del mycket preliminära handräknade resultat beträffande sjuklighet och dödlighet hos en under cirka 24 år uppföljd årgång av svenska f d ungdomsfängelselever, 128 personer, jämförda med lika många till kön, ålder och födelseförsamling matchade kontrollpersoner. Motsvarande uppgifter redovisades också för de kvinnor som hade barn med de f d ungdomsfängelseleverna, utgångspersonerna, och med kontrollpersonerna. Även en del mycket summariska data beträffande barnen i de båda undersökningsgrupperna redovisades. Tidigare resultat av undersökningen har redovisats 1974 och 1975.

För en beskrivning av undersökningens källor och en diskussion av preliminära frågeställningar, etiska överväganden och databearbetningsproblem hänvisas till uppsatsen från 1978. Ett speciellt bearbetningsproblem har behandlats separat (Johanson och Lindström, 1977).

I uppsatsen från 1978 påvisades en starkt signifikant översjuklighet och en signifikant överdödlighet hos utgångspersonerna, antingen sjukligheten mättes som totalantalet sjukdagar eller antal sjukskrivningsperioder på tre veckor eller mer. Också hos utgångspersonernas kvinnor förelåg en starkt signifikant översjuklighet men ingen överdödlighet.

Analysen av vissa uppgifter om sjuklighet och dödlighet hos huvudpersonerna och deras kvinnor har nu förts något längre, och resultaten härav redovisas i det följande. Resultaten är fortfarande framräknade för hand, vilket innebär att smärre räknefel säkerligen begåtts. De kan emellertid inte vara av den storleksordning, att de influerat på resultaten. En del små skillnader i absoluta tal mellan dem redovisade i denna uppsats och i den föregående förklaras emellertid härav eller av att materialet efter föregående i en del avseenden ytterligare kompletterats.

Avgränsningar och operationella definitioner

Vid varje bearbetning av material måste avgränsningar göras, inom vilka de använda variablerna definieras. Avgränsningar är, då det gäller icke kvalitativa variabler, alltid skönsmässiga. Beträffande mitt material finns ingen väletablerad praxis att referera till, och jag har varit nödsakad att avgränsa efter vad jag vid studium av primärdata kommit att anse rimligt. En annan undersökare kunde ha valt att göra på annat sätt. Större resurser skulle under alla förhållanden ha medfört möjligheten att pröva flera alternativ. De överväganden som gjorts har emellertid lett fram till följande.

Som ett mått på *totalsjukligheten* har jag för varje individ summerat antalet sjukdagar registrerade på försäkringskassornas F-kort. De har sedan indelats i klasser om hundra. Särskilt har räknats sjukskrivning med psykiatrisk diagnos, om den totalt varat 300 dagar eller mer; den kan sålunda vara uppdelad på flera perioder.

Antalet registrerade sjukdagar för dem som sedan pensionerats varierade starkt. Det har satts = 1000, där det varit lägre än så, i övrigt har angetts det antal som registrerats. Man kan inte av F-korten utläsa vad som gjort att i ett fall vid ett ganska litet antal sjukdagar (i extremfallet under 200) tillgripits pensionering, medan i ett annat totalantalet sjukdagar kan ha uppgått till långt över 2000 utan pensionering som följd.

Någon form av kvantifiering av *kriminaliteten* och/eller *påföljderna* är nödvändig. Det är inte självklart hur den skall ske. De kriterier som användes 1974 avsåg endast utgångspersonerna. Nu är det på ett annat sätt önskvärt att åstadkomma definitioner som kan gälla alla individer i undersökningen. Nu, liksom tidigare, har beaktats endast kriminalregisterkriminalitet. Arten av den kriminalitet, som föranlett anteckningen, finns summerad i registerutdraget men har hittills inte beaktats. Utgångspersonernas kriminalitet, som den redovisades 1974, bestod emellertid framför allt av egendomskriminalitet. I måttet på kriminaliseringsgrad vad avser huvudpersonerna har endast räknats sådan kriminalitet som medfört frihetsberövande påföljd. *Strafftid* har benämnts den sammanlagda tid i månader en person ådöms under observationstiden; jag har bortsett från att vid tidsbestämda påföljder villkorlig frigivning är regel före den utmätta tidens slut och från att vid förvaring/interneringspåföljd ådöms minimitid. Ungdomsfängelse har benämnts ungdomsfängelse utan tidsangivelse. Som ett mått på återfallsbenägenheten har som »*straffria år*« räknats det antal år som gått mellan sista ådömande av frihetsberövande påföljd och observationstidens slut eller vederbörandes död eller emigration. Detta sätt att räkna förutsätter att långa sammanhängande strafftider inte ådöms. I stort förhåller det sig så, fastän vid internering minimitider på ett par år ibland kommit ifråga. Måttet är sålunda liksom det föregående långt ifrån idealiskt.

Som *alkoholmissbrukare* har samma män identifierats som bedömts som sådana i den förra undersökningen (1974). Hänsyn har inte tagits till att en

del missbrukare kan ha slutat medan andra kan ha tillkommit. Analysen av kvinnornas alkoholvanor, sådana de framgår i sjukhusjournaler och socialregister, är ännu inte gjord.

Alder har genomgående räknats i hela år med indelning i ettårsklasser.

Resultat

Av utgångspersonerna har 29, d v s 22 procent, endast avtjänat ungdomsfängelse och sammanlagt 57 procent har inte avtjänat mera än 23 straffmånader därefter. Sex d v s 2 procent har avtjänat 144 månader eller mer utöver ungdomsfängelset. En kontrollperson, som ådömts ungdomsfängelse, har dessutom avtjänat 109 straffmånader. Ytterligare 4 kontrollpersoner har ådömts frihetsstraff, endast 1 dock med strafftid på mera än ett år. För 14 procent av utgångspersonerna har 25 eller flera straffria år förelegat, för 50 procent 14 år eller flera, medan 19 procent dömts också under observationstidens två sista år. De 5 kontrollpersoner som ådömts frihetsstraff fördelar sig med avseende på antal straffria år ganska jämnt under observationstiden. Deras »debutålder« är ju också en annan än utgångspersonernas.

Av utgångspersonernas 125 kvinnor fanns 5 antecknade i kriminalregistret och ytterligare 5 hade varit intagna i ungdomsvårdsskola. Bland kontrollpersonernas 116 kvinnor fanns bara 1 i kriminalregistret; 2 därutöver hade vistats på ungdomsvårdsskola.

Det har nämnts, att både utgångspersonerna och deras kvinnor visat sig ha en starkt signifikant översjuklighet gentemot kontrollpersonerna och deras kvinnor (i båda fallen skillnader på 0,1 procentsnivån). Nu gjorda beräkningar ändrar inte det resultatet.

Bortfallet av individer förklaras av att i några fall F-korten inte kunnat återfinnas. Bland dessa är avlidna 7 respektive 5 av männen, 1 av kontrollkvinnorna.

Inget samband kan påvisas mellan utgångspersonernas strafftider och deras sjuklighet. Av 15 utgångspersoner (13 procent) med antal sjukdagar under 100 hade 9 (7 procent) varit straffria i 25 år eller mer, vilket ger en skillnad på 1-procentsnivån gentemot dem med högre antal sjukdagar. Spridningen är i övrigt mycket stor. För psykiatrisk långtidssjukskrivning kan inga samband påvisas vara sig med strafftider eller antal straffria år.

Inget samband kan påvisas mellan männens och deras respektive kvinnors sjuklighet vare sig i utgångs- eller kontrollgrupp, men andelen, där båda makarna har få sjukdagar är mycket större i kontrollgruppen.

Sjuklighetens art har ännu inte analyserats (bortsett från den mycket grova redovisningen i uppsatsen 1978) utöver den psykiatriska i den mån den föranlett sjukskrivning på 300 dagar eller mer. Diagnoserna framgår av Tab. I. För männens vidkommande föreligger sålunda en betydande missbruksbetingad sjuklighet, beträffande kvinnorna kan samma fenomen

Tabell I. Psykiatriska diagnoser hos långtidssjukskrivna.

Diagnos	Utgångs- personer	Kontroll- personer	Kvinnor till	
			Utgångs- personer	Kontroll- personer
Schizofreni	4	2	1	—
Organisk psykos	2	—	—	—
Alkoholism	10	1	1	—
Narkomani	2	—	2	—
Persona pathologica	3	—	—	—
Neuros	1	—	4	—
Psykiskt invalidiserade	3	—	—	—
Utvecklingsstörda	—	2	—	—
Ospecificerad	9	3	6	—
Totalt	34	8	14	—

inte påvisas. Bland kontrollerna finns två utvecklingsstörda. Ingen av dem skulle ha kunnat bli utgångsperson. De ospecificerade fallen är sådana som antingen inte varit intagna på sjukhus med psykiatrisk diagnos eller där trots systematiskt letande sjukjournal ej gått att lokalisera. Det föreligger skillnader på 0,1-procentsnivån i frekvens psykiatriskt långtidssjukskrivna beträffande både män (34 mot 8) och kvinnor (14 mot 0). Däremot kunde beträffande kvinnorna ingen skillnad påvisas då endast förekomst av sjuk-skrivning med psykiatrisk diagnos räknades (Johanson, 1978).

Fler utgångspersoner än kontroller (41 mot 18) var barnlösa. Skillnaden är signifikant på 0,1-procentsnivån. De barnlösa utgångspersonerna tenderar både att ha längre strafftider och färre straffria år än de med barn. Skillnaderna är i båda fallen signifikanta på 0,1 procentsnivån. Fördelningarna av antalet sjukdagar för utgångspersoner med och utan barn skiljer sig inte signifikant; samma gäller i kontrollgruppen.

Alkoholmissbruk var vanligare bland utgångspersonerna än kontrollerna: 68 mot 13. Både utgångspersoner och kontroller som bedömts som alkoholmissbrukare tenderar att ha fler sjukdagar än övriga. I båda fallen föreligger, om gränsen dras vid 200 sjukdagar, skillnader på 5-procentsnivån mellan alkoholmissbrukare och ej alkoholmissbrukare.

Vid slutet av observationsperioden hade 22 utgångspersoner dött gentemot 9 kontroller, vilket ger en skillnad på 2-procentsnivån. Dödsorsakerna redovisas på Tab II. Några signifikanta skillnader föreligger inte mellan grupperna, men det höga antalet suicid bland utgångspersonerna förtjänar beaktande. Åldersfördelningen vid dödsfallen skiljer sig inte signifikant mellan grupperna, men fördelningarnas utseende ger skäl anta, att överdödligheten i utgångsgruppen kommer att öka ytterligare under de närmaste åren.

Tabell II. Dödsorsaker hos huvudpersoner.

Dödsorsaker	Utgångspersoner	Kontrollpersoner
Maligna tumörer (utom hjärntumörer)	3	—
Hjärntumörer	—	2
Olycksfall	5	4
Suicid	8	2
Subaraknoidalblödning	2	1
Hemorragisk pankreatit	1	—
Hemoptys	1	—
Hematemes	1	—
Pneumoni	1	—
Totalt	22	9

Dödligheten bland kvinnorna är liten: av utgångspersonernas kvinnor hade 3 dött, (i cancer, hjärtfel och carotistrombos respektive), av kontrollpersonernas 1 (i akut alkoholförgiftning).

Diskussion

Redan den analys som hittills genomförts ger skäl anta att enbart kriminologiska variabler inte räcker som mått på recidiverande kriminellas sociala och mänskliga funktion. Utgångspersonerna i denna undersökning utgör, som recidiverande kriminella betraktade, en extremgrupp. Om de utgör en extremgrupp också vad gäller sjuklighet och dödlighet, om mindre svårt kriminaliserade utgör en intermediärgrupp, eller om manifesterad kriminalitet oberoende av intensitet räcker att placera en person i en högriskgrupp vad gäller sjuklighet, kommer denna undersökning inte att kunna ge svar på ens sedan analysen avslutats. Det har inte gått att finna någon litteratur där variabler av samma slag som här har kombinerats. Eitinger och Strøm (1973) har i sin undersökning av dödlighet och sjuklighet hos norska f d koncentrationslägersfångar använt liknande källor som jag, men deras undersökningsgrupp har ingenting annat gemensamt med min, än att den består av personer som varit berövade friheten.

En stor del av utgångspersonerna, och framför allt de svårast kriminella, har förblivit ensamma, åtminstone så till vida, att de inte antecknats som barnafäder. Även i övrigt är det både genom den första delen av undersökningen och nu visat, att deras relationer till motsatt kön är långt mindre stabila än kontrollernas, vars relationer mera torde återspegla normalpopulationen. Vad ensamheten kan ha betytt är inte färdiganalyserat. Hemlösa män i Stockholm har en hög dödlighet (Alström et al, 1975). Några av mina avlidna hör tveklöst till de hemlösa. Att alkoholmissbrukare har hög dödlig-

het är känt (t ex Sundby, 1967). Samvariation mellan kriminalitet och alkoholmissbruk med sociala komplikationer har visats av Lindelius och Salum (1973), som däremot inte fann något samband mellan kriminalitet och alkoholism definierad i medicinska termer. Det faktum, att sjukligheten både i utgångsgruppen och i kontrollgruppen är högre hos dem som missbrukar alkohol och att översjukligheten liksom överdödligheten är ett förhållandevis sent fenomen, som manifesterats i den andra uppföljningen men inte i den första, talar tillsammans för ett samband. Detta räcker emellertid inte att förklara resultaten. Utgångspersonerna har gemensamt en tidigt debuterande kriminalitet och/eller annan vanart, som föranlett samhällsingripande och som på få undantag när gått före debuten i eventuellt missbruk.

De bakgrundsvariabler som analyserades förra gången visade mycket lite samband med utgångspersonernas kriminalitetsutveckling efter ungdomsfängelset. Det återstår att undersöka om samband nu föreligger och om samband föreligger mellan tidiga bakgrundsvariabler och sent manifesterad sjuklighet.

Ingen av de undersökta kvinnorna är ensam i samma mening som de barnlösa männen, eftersom de alla har fått åtminstone ett barn. Både hos utgångspersonernas och kontrollpersonernas kvinnor är registrerad vanart och kriminalitet låg. De data som hittills analyserats ger inte skäl tro att alkoholmissbruk skulle vara vanligt förekommande i någondera kvinno-gruppen, men analysen är inte färdig.

Kvar står, att utgångspersonernas kvinnor har mycket högre sjuklighet än kontrollernas, och att översjukligheten gäller också psykiatrisk sjuklighet sådan den nu definierats, må vara representerad av en minoritet. Eftersom sjuklighet inte samvarierar mellan makarna i kontrollgruppen kan man inte vänta sig samvariation i utgångsgruppen. Sådan föreligger inte heller och det har inte heller gått att påvisa något samband mellan kvinnornas sjuklighet och männens kriminaliseringsgrad (»strafftid« och »straffria år«) i utgångsgruppen. Huruvida den fortsatta analysen kommer att kunna visa om utgångspersonernas kvinnor primärt utgör en högriskgrupp beträffande sjuklighet eller kommer att utgöra det efter kontakten med utgångspersonerna är osäkert. Att de utgör en högriskgrupp är emellertid klart.

Såväl utgångspersonerna som deras kvinnor utgör sålunda högriskgrupper vad beträffar registrerad sjuklighet. Många hör till dem som med Smedbys (1974) term kan kallas storkonsumenter av sjukvård. Smedby drar på bas av ingående undersökning slutsatsen att hälsotillståndet avgör vilka som blir sådana storkonsumenter. Det låter rimligt. Hur resultaten i denna undersökning skall tolkas är långt ifrån klart. Det är också långt ifrån säkert att den kommer att kunna utgöra bas för utarbetande av effektiva behandlingsåtgärder. Att sådana vore önskvärda och att individens och samhällets behov härvidlag torde sammanfalla är emellertid en rimlig slutsats.

Eva Johanson

LITTERATUR

- Alström, C H, R. Lindelius och I Salum:* Mortality among homeless men. *Brit j Addict* 70: 241—252 1975.
- Eitinger, L och A Strøm:* Mortality and morbidity after excessive stress. Universitetsforlaget/Humanities Press, Oslo, New York 1973.
- Johanson, E:* Background and development of youth prison inmates. *Scand j soc med suppl* 9 1974.
- Ungdomsfängelseelevers bakgrund och utveckling. *Nord. Tidsskr Krim vidensk* 63: 134—153 1975.
 - En förlängd uppföljning av en grupp f d ungdomsfängelseelever med kontrollgrupp och deras familjer. *Nord Tidsskr Krim vidensk* 66: 59—68 1978.
 - , *C G Lindström:* Vad är personlig integritet och hur skyddas den? *Nord Tidsskr. Krim vidensk* 65: 29—38 1977.
- Lindelius, R och I Salum:* Alcoholism and criminality. *Acta Psychiat Scand* 49: 306—314 1973.
- Smedby, B:* Sjukvårdens storkonsumenter. Storkonsumenter av läkarvård. *Soc med tidsskr* sid 462—488 1974.
- Sundby, P:* Alcoholism and mortality. The National Institute for Alcohol Research. Publ No 6 Oslo 1967.